

## **Información familiar sobre: TEFRA/Programa de Cuidado en el Hogar para Niños (HCC); Un camino hacia Medicaid**

(TEFRA: Ley de Equidad Tributaria y Responsabilidad Fiscal de 1982)

El Programa de Cuidado en el Hogar para Niños (Home Care Children's, HCC) puede ser un camino hacia Medicaid para un niño que requiere atención en un centro pero que puede ser atendido en casa. El niño debe ser menor de 18 años, soltero e incapacitado. Si es médicamente elegible, una solicitud de Medicaid puede ser aprobada. Los ingresos y bienes de los padres del niño NO son considerados al determinar la elegibilidad del niño para Medicaid a través de HCC/TEFRA.

MDHHS y CSHCS ayudan a determinar la elegibilidad.

**Los siguientes documentos pueden enviarse por fax a MDHHS CSHCS al 517-335-9491 para solicitar/renovar HCC/TEFRA.** Adjunte una hoja de portada con el asunto "HCC-TEFRA Request/Renewal" (Solicitud/Renovación de HCC-TEFRA) e incluya su información de contacto, incluido su número de teléfono. La otra opción es pedirle a la oficina local de CSHCS en el Departamento de Salud de su condado que cargue la información en MDHHS CSHCS.

1. **Formulario MDHHS-49, firmado por un médico** que conoce bien a su hijo(a) y un **informe médico actualizado de cualquier especialista** que describa las necesidades de atención de su hijo(a).
2. Un **Plan de Cuidado de 24 horas** que describe la atención que su hijo(a) necesita en un día típico. Explique lo que hace y la ayuda que su hijo(a) necesita con cada actividad. Incluya el tiempo que se tarda en completar las actividades. Algunos ejemplos podrían ser la preparación/administración de medicamentos, la succión, el apoyo respiratorio, el uso de equipos médicos, la terapia, la alimentación, el baño, el vestirse, el cambio de pañales, daño a sí mismo o a otros, los arrebatos emocionales/físicos, las rabietas, etc. (utilice el enlace a la plantilla opcional en la página web o en su propio formato)
3. **Plan de Educación Individualizado (Individualized Education Plan, IEP) o Plan de Servicio Familiar Individualizado (Individualized Family Service Plan, IFSP)** y/o cualquier servicio escolar adicional como terapia física, ocupacional y/o del habla o Análisis Conductual Aplicado (Applied Behavioral Analysis, ABA). Incluya cualquier plan especial en la escuela, como un plan de acción para convulsiones o un plan de respuesta a emergencias. (si el niño tiene uno)
4. **Plan de Servicio Individualizado (Individualized Plan of Service, IPOS) de Salud Mental Comunitaria (Community Mental Health, CMH)** o evaluaciones realizadas para determinar la elegibilidad para varios servicios. Haga una lista de los servicios que se están recibiendo o haga una lista de los servicios que espera que reciba su hijo. (si el niño tiene uno)
5. **Haga una lista de los servicios/suministros que está tratando de obtener** pero que no puede porque su hijo(a) no tiene Medicaid.

**Estos documentos se revisarán para determinar si su hijo(a) es médicamente elegible.**

La información se revisará para la determinación de la discapacidad. Si es elegible, recibirá una carta e instrucciones sobre cómo llenar una solicitud de Medicaid para su hijo(a), utilizando los ingresos y activos de su hijo(a).

**Complete y envíe por fax la Solicitud de Medicaid al número que aparece en el paquete de solicitud.**

El tutor se considera Paso 1 Persona 1 en la solicitud. Seguridad Social (RSDI: Jubilación, Sobrevivientes y Discapacidad) y la manutención de los hijos recibida por y para el niño se considera su

ingreso. Es importante incluir una copia del estado de cuenta bancario actual del niño si el niño tiene una cuenta bancaria. Si el niño no tiene cuenta bancaria, indíquelo en la solicitud.

Se debe usar el Paso 2 Persona 2 para el niño que solicita Medicaid a través de TEFRA, y copias adicionales para cada miembro del hogar. Los ingresos de los padres se enumeran, pero no se utilizarán para la elegibilidad de TEFRA del niño.

Las copias del formulario Paso 2 Persona 2 se pueden usar para el cónyuge/pareja y/o cualquier hijo(a) que viva en el hogar y que se incluiría en la declaración de impuestos federales de los padres. El CSHCS de su Departamento de Salud Local puede ayudar proporcionando copias del Paso 2: Persona 2; formulario DCH-1426 (rev1/20).

Deberá **usar el número de fax que se proporciona con las instrucciones en el paquete** o pedirle a CSHCS en su departamento de salud local que envíe un fax por usted. NO lleve la solicitud a una oficina local de Medicaid del DHHS.

**Asegúrese de incluir su número de teléfono en la solicitud, ya que recibirá una llamada** y una carta de la Oficina Estatal de Procesamiento (State Processing Office, SPO) informándole si su hijo(a) fue aprobado para Medicaid, la fecha de aprobación y el número de identificación de beneficiario de su hijo(a). El trabajador social de Medicaid será de la Oficina Estatal de Procesamiento Especial (no de su oficina local).

**En las cartas que reciba se incluirá la próxima fecha para una revisión médica**, donde volverá a presentar en ese momento la información mencionada anteriormente.

**Asegúrese de guardar todas las cartas que ha recibido.**